АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О.

____

Последующая информацияя является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача? Если «Да», то укажите причину ______________________________	Да Нет
2.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если «Да», то перечислите наименования _______________________________	Да Нет
3.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры?	Да Нет
4.	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:	
5.	ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца	Да Нет
6.	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце	Да Нет
7.	желудочно-кишечные заболевания	Да Нет
8.	повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да Нет
9.	повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови, заболевания крови	Да Нет
10.	астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства	Да Нет
11.	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия, наблюдение онколога	Да Нет
12.	диабет, повышенный сахар крови, приём сахароснижающих препаратов	Да Нет
13.	гепатит, желтуха, заболевания печени, желчного пузыря	Да Нет
14.	заболевания почек, и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет
15.	заболевание щитовидной железы, гормонотерапия	Да Нет
16.	паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания, головокружения, обмороки, судороги	Да Нет

17.	артрит, заболевания позвоночника и костей, остеопороз	Да Нет
18.	венерические заболевания или ВИЧ	Да Нет
19.	Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции, наркоз	Да Нет
20.	аппаратное лечение височно-нижнечелюстного сустава, брекеты, каппы	Да Нет
21.	имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если «Да», то какие ________________________________	Да Нет
22.	добавьте то, что считаете важным:______________________________ ____	
	Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?	Да Нет
23.	Наблюдались ли у Вас когда-либо в прошлом аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического и общего лечения? Если «Да», то какие__________________________________ ____	Да Нет

На все вопросы я ответил(а) самостоятельно, честно и достоверно.
Я знаю:
Что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщит об этом.

Об изменениях в состоянии своего здоровья я обязательно сообщу врачу- стоматологу.

«____» ______________ 202 г. **Ф.И.О., подпись ____________________**

Приложение к договору № 7